# LES SCORES A SAVOIR POUR L'INTERNAT

## SCORE DE GLASGOW

| Ouverture des yeux | | Réponse verbale | | Meilleure réponse motrice | |
|---|---|---|---|---|---|
| Spontanée | 4 | Orientée, claire | 5 | Sur ordre | 6 |
| Sur ordre | 3 | Confuse : phrase | 4 | Orientée à la douleur | 5 |
| A la douleur | 2 | Incohérente, inappropiée : mots | 3 | Adaptée avec retrait à la douleur : ne dépasse pas la ligne médiane | 4 |
| Aucune | 1 | Incompréhensible : son | 2 | En décortication | 3 |
| Si < ou =8: Coma | | Absente | 1 | En décérébration | 2 |
| | | | | Aucune | 1 |

## ET LIEGE

| Liege : Tronc cérébral | |
|---|---|
| **Réflexe fronto-orbitaire** | 5 |
| **Réflexe occulo-céphalique vertical** | 4 |
| **Réflexe photomoteur direct et consensuel** | 3 |
| **Réflexe occulocéphalique horizontal** | 2 |
| **Réflexe occulocardiaque** | 1 |
| **Rien** | 0 |

| | | |
|---|---|---|
| **Stade I** | **Vigil = obnubilat°** | **Réponse** ± compréhensives aux stimulis **sonores ou douloureux** |
| **Stade II** | **Réactif** | Réponse encore adaptée aux stimulis nociceptifs ; **Ø réponse** aux stimulat° **auditives** |
| **Stade III** | **Aréactif** | **Ø de réponse** ou réponse inadaptée à un stimuli nociceptif |
| **Stade IV** | **Dépassé** | état de **mort cérébrale apparente** |

## SCORE DE RANSON

**SCORE DE RANSON (GRAVE > 3)**

**A l'entrée**

- **G lycémie > 11 mM / L**[Q] (sf diabète)
- **A ge > 55 ans**[Q]
- **L eucocyte ≥ 16 000 /mm³** [Q]
- **L DH** > 350 U.L$^{-1}$ ou **> 1.5 N**
- **AS AT**> 250 U.L$^{-1}$ ou **> 6 N** [Q]
- **S** => comme thomas , the Reanimator

**A 48 h**

- **P aO² < 60 mmHg**[Q]
- **U rée** augmentée de **+1,8 mM / L**
- **B ase : déficit de + de 4 mM / L**=> Acidose[Q]
- **L Séquestration** liquidienne **> 6 L**
- **I Hématocrite** diminué **de + de 10 %**
- **C alcémie < 2 mM / L**[Q] => hypocalcémie[Q]

**Chaque item a une valeur égale à 1 .**

**Lipasémie > 3 N** ds les 48ières h permet de porter seule le diagnostic de pancréatite aigue.

**Score de Blamey** ( > 3 ) : ♀ **> 50 ans + ALAT > 2N + Amylase > 4000 UI+ Pal > 300**

**ALAT > 3N** (forte VPP = 95%) => en faveur de l'origine biliaire de la PA

**SCORE DE CHILD**

| BATEA(U) | 1 point | 2 points | 3 points |
|---|---|---|---|
| **B**ilirubine | < 35 µmol/L | **35 à 50 µmol/L** | > 50 µmol/L |
| **A**lbumine | > 35 g/L | **28 à 35 g/L** | < 28 g/L |
| **TP** | > 50% | **40 à 50 %** | < 40% |
| **E**ncéphalopathie | absente | **Confusion** | coma |
| **A**scite | absente | **Modérée** | Importante |

Classe A : score de **5 à 6** Classe B : score de **7 à 9** Classe C : score de **10 à 15**

**SUIVI DE GROSSESSE**

| Mois de gestation | Semaines d'aménorrhée | Hauteur utérine |
|---|---|---|
| Conception | **2-3**$^{ième}$ SA | |
| 1$^{ier}$ mois « plein » | **6-7** SA | |
| 2$^{ième}$ mois | **10** SA | |
| 3$^{ième}$ mois | **15** SA[Q] | **12 cm**[Q] |
| 4$^{ième}$ mois | **19** SA | **16 cm** |
| 5$^{ième}$ mois | **24** SA | **20 cm** |
| 6$^{ième}$ mois | **28** SA[Q] | **24 cm**[Q] |
| 7$^{ième}$ mois | **32** SA | **28 cm**[Q] |
| 8$^{ième}$ mois | **36** SA[Q] | **30 cm**[Q] |
| 9$^{ième}$ mois | **40-41** SA | **32-33 cm** |

| TYPES DE GROSSESSE | | Période prénatale | Période postnatale | Durée totale du congé |
|---|---|---|---|---|
| Grossesse simple | L'assurée ou le ménage a moins de 2 enfants | **6**[Q] | **10**[Q] | **16** |
| | L'assurée ou le ménage assume déjà la charge d'au moins 2 enfants ou l'assurée a déjà mis au monde au moins 2 enfants nés viables | **8** OU 10 | **18** OU 16 | **26** |
| Grossesse gémellaire | | **12** OU 14 | **22** OU 20 | **34** |
| Triples ou plus | | **24** | **22** | **46** |

| Bilan préthérapeutique avant mise sous lithium [Q++++] |
|---|
| - **NFS**<br>- **TSHus, T4 et T3**<br>- **Iono sang et urine, protéinurie, créatininémie et clairance**<br>- **Calcémie, phosphorémie, glycémie à jeun**<br>- **B HCG** et contraception efficace chez femme en PAG<br>- Exam clinique cardio, **ECG** (>40 ans), **Thorax**.<br>-Exam clinique neuro + **EEG** si Atcd épileptiq ou anomalie |
| **Contre-indications du lithium** |
| - **Neuro** :( HTIC, AVC récent, tumeur cérébrale), **Endocrino** : hyper/hypothyroïdie. **Gynéco** 1ier trimestre<br>- **Néphro** : IRC[Q] ou A, hypoNa, dyskaliémie , deshydratation , régime désodé[Q]<br>- **Cardio**: IDM récent, Insuffisance cardiaque grave[Q], HTA non contrôlée, TDR et TDC<br>- **Interaction médicamenteuse** : AINS, carbamazépine, diurétiques, IEC, inhibiteurs des ® angio II et NL |
| **Effets indésirables du lithium** |
| **Troubles digestifs**<br>Signes précoces : N, V [Q], sécheresse buccale, goût métallique, anorexie, dl ; Signes tardifs : diarrhée<br>**Trbles endocriniens**<br>Hypothyroïdie[Q++] biol fréquent (hyperthyroïdie rare), Prise de poids , Baisse de la libido, hyperparathyroidie<br>Aggravation d'un diabète sucré pré-existant[Q]:<br>**Nephro :** Sd PUPD[Q], voire diabète insipide néphrogénique (insensibilité tubulaire à l'ADH) svt tardif<br>**Hémato :** HLPN précoce, possible anémie d'o.centrale<br>**Neuro :** Tremblements [Q],Sd extrapyramidal tardif, Anomalie à EEG (ondes théta et delta)l<br>**Neuro-psy :** Faiblesse musculaire, Fatigue, somnolence, Vertiges et céphalées, Difficultés mnésiques<br>**CardioV : Précoces :** Anomalie de la repolarisation[Q] : Onde T aplati ou négative. **Tardifs :** TDR (bradycardie sinusale, parfois arythmie sinusale avec BSA) : parfois myocardite.<br>**Dermato :** Rash maculopapuleux précoce, Alopécie, Déclenchement ou aggravation d'un acné, d'un pso [Q] |
| **Signes de surdosage = Sd prétoxique (à partir de 1,3 mEq/L jusqu'à 2 mmol/l)** |
| - **Augmentation des tremblements** [Q] **qui débordent les extrémités** (généralisation);<br>- **Nausée, vomissement** [Q]**, diarrhée ; algies gastriques**<br>- **Sd pseudo-parkinsonien** [Q]<br>- **Nystagmus, vertiges, flou visuel**<br>- **Ataxie, dysarthrie ; fasciculations musculaires**<br>- **Apathie , somnolence, obnubilation => EEG activité théta ample**<br>-**.Précordialgie => anoamlie de la repolarisation sur ECG** [Q] |

| **Sd de Cushing** | FLU élevé, Cortisolémie 23h élevé, perte du cycle du cortisol<br>Pas de freinage par test dexa « minute » et « faible » : test négatifs | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **ACTH dpdt** | **Mie de Cushing** | **ACTH élevé**<br>> 15 pg/mL | Freinage fort Dexa + | Metopirone +<br>CRH + | LPH/ACTH = 1 |
| | **Secretion ectopiq d'ACTH** | | Freinage fort Dexa - | Metopirone -<br>CRH - | LPH/ACTH ≥ 7 |
| **ACTH indpdt** | **Adénome surr** | **ACTH bas**<br>< 5 pg/mL | Freinage fort, Metopirone / CRH négatifs | **Synacthène** +<br>Androgène N<br>précurseur stéroide N | Peu dense, < 5 cm, homogène<br>Non expres° IgF2 |
| | **Corticosurr** | | | **Synacthène -**<br>Androgène N élevé<br>précurseur stéroide ↑ | Dense, hétéroG ,<br>> 5 cm<br>Surexpress° IgF2 |

| Signe de gravité de l'EP | | |
|---|---|---|
| | **Terrain** | Tare cardiaque ou pulmonaire |
| | **Clinique** | Arret cardiaque<br>Syncope initiale au lever<br>F respi > 30<br>F cardiaque > 120<br>HypoTA (PAS < 90) état de choc(idem + s d'hypox)<br>Collapsus < 80<br>Gravité avt tt hémodynamiq<br>Cyanose, IVD et d'HTAP |
| | **GDSA** | Hypoxie < 50<br>Normo ou hypercapnie<br>Acidose métabolique |
| | **ECG** | Trouble repolarisation dans le précordium Dt |
| | **Para cliniq** | Signe d'HTAP ou IVD sur ETT<br>Indice de Miller > 60% |
| | **Ttt** | Aggravation ou récidive malgré un ttt correct |

| Etude de cohorte | Etudes exposés/non exposés | Etudes cas témoins[Q++++] (rétrospectives[Q+++]) |
|---|---|---|
| **Avantages et inconvénients** | | |
| **Avantage des études prospectives :** large éventails d'investigations[Q], biais moins nbx, meilleure adaptation de la planificat° de l'étude aux objectifs recherchés<br><br>**Inconvénients :** Logistique lourde, durée longue[Q], coût élevé[Q]<br>Perdus de vue[Q], Impossible si maladie rare[Q] | | **Avantages :** Études + courte; Coût moindre[Q] ; sur de plus petits échantillons[Q] ; de plusieurs FDR ; Étude des maladies rares[Q], reproductible<br>**Inconvénient :** Choix des témoins difficile[Q]<br>Mesure de l'exposition + difficile (memoire defaillante, ecrit peu fiable[Q]) ; Moins bonne estimation du risque. |
| **Mie frqte[Q] + expo frqte** | **Exposition rare +++** | **Maladie rare[Q] ++++** |
| **Nbre élevé de sujet** | **Nbre relativement faible** | **Petits[Q] échantillons** |
| **Résultats** | | |
| **Calcul du Risque relatif[Q]**<br>**Incidence de la maladie[Q]**<br>**Fréquence de l'exposition**<br>**Risques attribuables** | **Seulement calcul du Risque relatif** | **Pas de calcul du risque relatif[Q]**<br>**Estimation indirecte[Q] du risque par Odds ratio[Q]** |

| | Malades | Non malades | Total |
|---|---|---|---|
| Exposé | A | B | A + B |
| Non Exposé | C | D | C + D |
| | A + C | B + D | A + B + C + D= E |

**Pour étude de cohorte ± expo / non expo**

Incidence = A / E
Fréquence de l'exposition : Pe = (A + B) / E
Risque absolu chez les exposés : Re = A / (A+ B)
Risque absolu chez les non exposés : Ro = C / (C+D)
RR = Rapport des risques absolus = Re / Ro
Excés de risque = ER = Re – Ro

**Pour étude cas / temoin**

Cote d'exposition (Odd) des malades = A / C
Cote d'exposition des non malades = B / D
Odds Ratio = rapport des cotes d'exposition =
OR = (A x D) / (B x C)
Le calcul de l'Odds ratio n'est valable que si la prévalence est < 10%

| | Type | Clinique | EFR | | Traitement |
|---|---|---|---|---|---|
| **Palier 1** | **Intermittent** | symptômes **< 1/semaine**<br>crise **nocturne ≤ 2/mois**<br>Crise brève | **VEMS > 80%**<br>DEP ≥ 80 % | variabilité<br>**< 20 %** | **Pas de ttt de fond** |
| **Palier 2** | **Persistant**[Q]<br>**Léger** | symptômes ≥ **1 semaine** ms ≤ 1/j<br>symptômes **nocturnes > 2/mois**<br>Crise affectant le sommeil | **VEMS > 80 %**<br>DEP ≥ 80 % | variabilité<br>**20-30%** | 1 seul médicament<br>**Cromone ou corticoïde inhalé**<br>200-500 µg/j |
| **Palier 3** | **Persistant modéré** | crises **> 1/j**<br>**nocturne > 1/semaine**<br>Crise affectant le sommeil avec prise de β2 quotidienne | **VEMS 60-80%**<br>DEP 60-80 % | variabilité<br>**> 30%** | **Corticoïde inhalé moy**<br>dose 500-1000 µg/j<br>**Broncho-dilatateur longue action** |
| **Palier 4** | **Persistant Sévère** | Symptômes continus<br>Crises fréquentes<br>Asthme nocturne fréquent<br>Activité physique limitée | **VEMS ≤ 60%**<br>DEP ≤ 60 % | variabilité<br>> **30%** | **Corticoïde inhalé**<br>forte dose : > 1000 µg/j<br>**Broncho-dilatateur longue action**<br>**Corticoïde oraux** |

| | **0** | **1** | **2** |
|---|---|---|---|
| **Balancement thoraco abdominal** | Respiration synchrone | Respiration abdominale | Respiration paradoxale (balanc[t] thoraco-abdo) |
| **Battement des ailes du nez** | Absent | Modéré | Marqué |
| **Tirage intercostal** | Absent | Intercostal discret | Intercostal sus et sous-sternal |
| **Entonnoir xyphoïdien** | Absent | Modéré | Marqué |
| **Geignement expiratoire** | Absent | Audible au stéthoscope | Audible à distance |

| **CCH** | **Simple** | **Compliquée** (= hospit) |
|---|---|---|
| **Âge** | > 12 mois | < 9 mois[Q] |
| **Durée** | < 15 min ou 1 crise/j | > 20 min[Q] ou > 1 crise/j |
| **Localisation** | Pas de focalisation<br>pas de déficit post critique<br>(hormis une hypotonie généralisée possible) | Focalisation, crise partielle[Q]<br>déficit post critique[Q] |
| **Examen neuro ET dvpt** (++) | normal | Anormal |
| **ATCD familiaux d'épilepsie** | - | +[Q] |
| **Sensibilité au diazepam** | Bonne | Résistance |

| **Besoin de base en ml / kg / j** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **< 1 mois** | **6 mois** | **1 an** | **2 ans** | **10 ans** | **Adulte** |
| **150** | **120** | **100** | **80** | **60** | **40** |

Majorer de 30 ml/kg/j en cas de déshydratation

| **0 → 3 mois** | **3 → 6 mois** | **6 → 9 mois** | **9 → 12 mois** | **1 → 6 ans** |
|---|---|---|---|---|
| **+ 25 –30 g/j** | **+ 20 g/j** | **+ 15 g/j** | **+ 10 g/j** | **+ 5 g/j** |

| **INCUBATION DES HEPATITES** | | |
|---|---|---|
| **Hépatite A, D et E** | **Hépatite C** | **Hépatite B** |
| **4 sem en moy** | **4 à 9 sem** | **10 sem (jusq'à 4 mois)** |

| | Ostéoporose idiopathique | Paget | IRC | HyperPTH | Rachitisme carentiel | Ostéomalacie carentielle | Intox Vit D |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Calcémie** | Normal | Normal sf immob | Hypocalcémie | Hypercalcémie | 1 : hypo<br>2 : normal<br>3 : hypo | Hypocalcémie | Hypercalcémie |
| **Phosphorémie** | Normal | Normal | Hyper-phosphorémie | Hypo-phosphorémie | 1 : normal<br>2 : hypo<br>3 : hypo | Hypo-phosphorémie | Hyper-phosphorémie |
| **Calciurie** | Normal | Normal | Hypocalcurie | Hypercalcurie | 1 : hypo<br>2 : hypo ++<br>3 : hypo | Hypocalcurie | Hypercalcurie |
| **Phosphaturie** | Normal | Normal | Hypo-phosphaturie | Hyper-phosphaturie | 1 : normal<br>2 : hyper<br>3 : hyper (hypo ?) | Hyper-phosphaturie | Hyper-phosphaturie |
| **OB : Formation**<br>**PAL / Ostéocalcine** | Variable | Augmentées | Augmentées | | Carence Vit D<br>1 : hyperPTH rel<br>2 : hyper PTH 2$^{nd}$<br>3 : Résist PTH et épuise$^{t}$ calcique | Augmentées | |
| **OC : Résorption**<br>**OHProlinurie**<br>**(Désoxy)-Pyridolinurie** | Variable | Augmentées | HyperPTH 2$^{nd}$<br>+ ostéomalacie<br>+ mobilisation tampon osseux par acidose | | | Augmentées | |

**Vit D** : ↑ absorption Ca & Phosph, action sur OC : lyse osseuse
**PTH** : ↑ T-O osseux : action sur OB et OC avec résorption > formation
réabsorption rénale : ↑ Ca & ↓ phosphate, ↑ absorption digestive Ca
**Calcitonine** : inhibe OC

**Calcémie :** **2,25 – 2,60 mmol/l** 90 – 105 mg/l
**Calciurie :** **< 7,5 mmol/24h** < 300 mg/24h
**Phosphorémie :**
**Adulte :** **0,80 – 1,45 mmol/l** 25 – 45 mg/l
**Enfant** : 1,30 – 1,90 mmol/l 40 – 60 mg/L
**Phosphaturie :**
**16-45 mmol/24 h** **500 – 1400 mg/24h**